
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU PHLEGMON LIGNEUX
au Cours de la Fièvre Typhoïde

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement, le Vendredi 4 Juin 1915

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur de l'Université. — Mention " MÉDECINE "

PAR

MAÏMOUNKOFF (BORIS)

NÉ LE 15 JANVIER 1889, A HASCOVO (BULGARIE)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE : { P. PARISOT, Professeur. . . *Président.*
ROHMER, Professeur. . . }
FRÉLICH, Agrégé. . . } *Juges.*
FAIRISE, Agrégé. . . }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE LORRAINE, RIGOT ET C^{ie}

—
1915

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU PHLEGMON LIGNEUX
au Cours de la Fièvre Typhoïde

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement, le Vendredi 4 Juin 1915

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur de l'Université. — Mention " MÉDECINE "

PAR

MAÏMOUNKOFF (BORIS)

NÉ LE 15 JANVIER 1889, A HASCOVO (BULGARIE)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE : { P. PARISOT, Professeur . . . Président.
ROHMER, Professeur . . . }
FRÉLICH, Agrégé . . . } Juges.
FAIRISE, Agrégé . . . }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE LORRAINE, RIGOT ET C^{ie}

1915



FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. MEYER, *, I O.

Assesseur : M. WEISS, *, I O.

Doyen honoraire : M. F. GROSS, O *, I O

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, *, I O ; NICOLAS, I O ; PRENANT, *, I O
BERNHEIM, O *, I O ; F. GROSS, O *, I O

Professeurs

Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, *, I O.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O.
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS, *, I O.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, I O.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. HERRGOTT, *, I O.
Hygiène.....	M. MACÉ, I O.
Physiologie.....	M. MEYER, *, I O.
Clinique médicale.....	M. SIMON, I O.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, I O.
Clinique ophtalmologique.....	M. ROHMER, I O.
Médecine légale.....	M. P. PARISOT, *, I O.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, I O.
Histologie.....	M. BOUIN, I O.
Anatomie descriptive.....	M. ANCEL, I O.
Anatomie pathologique.....	M. HOCHÉ, I O.
Clinique médicale.....	M. ÉTIENNE, I O.
Clinique chirurgicale.....	M. VAUTRIN, I O.
Pathologie interne et Pathologie générale.	M. N...

Professeur adjoint :

Clinique d'électrothérapie.....	M. GUILLOZ, *, I O.
---------------------------------	---------------------

Chargés de Cours complémentaires :

Cliniq. de chir. infantile et orthopédie.	M. FRÖLICH, *, I O, agrégé libre.
Clinique des voies urinaires.....	M. ANDRÉ, *, I O, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	M. JACQUES, I O, agrégé libre.
Clinique des malad. syphilit. et cutanées.	M. L. SPILLMANN, I O, agrégé libre.
Médecine opératoire.....	M. MICHEL, I O, agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire (1) ..	M. MICHEL, I O, agrégé libre.
Clinique des maladies mentales.....	M. PARIS, I O.
Clinique des maladies des vieillards ..	M. RICHON, I O, agrégé.
Accouchements.....	M. FRUHINSCHOLZ, I O, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).	M. PERRIN, A O, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).	M. J. PARISOT, A O, agrégé.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. N...
Clinique médicale élémentaire (1).....	M. N...
Pathologie externe.....	M. N...

Agrégés en exercice :

MM. GUILLOZ, *, I O.	MM. COLLIN, A O.	MM. BINET, A O.
LAMBERT, I O.	SENCERT, I O.	PERRIN, A O
RICHON, I O.	ROBERT, I O.	THIRY, I O.
G. GROSS, I O.	BUSQUET, A O.	FAIRISE, A O.
FRUHINSCHOLZ, I O.	LUCIEN, * A O.	J. PARISOT, A O,

Agrégés libres

MM. REMY, A O, FÉVRIER, O *, I O, FRÖLICH, *, I O
JACQUES, I O, ANDRÉ, *, I O, MICHEL, I O, L. SPILLMANN, I O.

M. H. COIFFARD, I O, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver, ni les imputer.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR P. PARISOT

Professeur de Médecine légale
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES

M. LE PROFESSEUR ROHMER

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FROELICH

Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FAIRISE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE ET DE MA SOEUR

A MON PÈRE

A MON FRÈRE AINÉ IANKO

A MON FRÈRE ASSÈNE (DOCTEUR EN MÉDECINE)

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

LE DOCTEUR MATHIEU (GER.)

M^{lle} BEOGRADATZ (DAR.)

AVANT-PROPOS

Nous ne voulons pas franchir la dernière étape de nos études médicales sans nous arrêter un instant pour dire à tous ceux qui ont été pour nous soit des initiateurs, soit des guides bienveillants, combien nous leur sommes reconnaissant.

De la mémoire de MM. les Professeurs SPILLMANN et SCHMITT nous garderons un pieux souvenir. M. le Doyen MEYER, MM. les Professeurs HAUSHALTER, HERRGOTT, ETIENNE, SIMON, MM. les Professeurs agrégés Jacques PARISOT, RICHON, PERRIN, SENCERT nous ont donné soit au lit du malade, soit dans leurs leçons, un enseignement qui restera toujours la base même de nos connaissances médicales et auquel nous nous reporterons toujours avec fruit lors des difficultés de notre carrière.

M. le Professeur PARISOT nous a toujours témoigné un affectueux intérêt pendant notre séjour à l'hôpital Marin. Il veut bien nous faire l'honneur d'accepter aujourd'hui la présidence de cette thèse. Nous lui adressons nos respectueux remerciements.

Enfin, de toute la Faculté, nous emportons un souvenir ému, car c'est là que nous avons appris à bien connaître la France.

Nous avons déjà pu apercevoir, autour de nous, dans la vie de tous les jours, le germe de ces vertus dont l'épanouissement étonne aujourd'hui le monde entier. Ce dédain de la force brutale, ce souci d'élégance dans les moyens, cette passion de vérité et de justice, cet enthousiasme dans l'accomplissement du devoir font partie intégrante de l'esprit français; ils lui assurent les sympathies des intelligences cultivées et entraînent irrésistiblement tous les cœurs.

Si quelques-uns de mes compatriotes ont été un instant insensibles à son charme, c'est qu'ils étaient mal ou insuffisamment informés. En tous cas, nous considérerons toujours comme notre devoir de travailler, dans notre modeste sphère, à le faire mieux connaître et mieux apprécier, certain que nous sommes de rendre ainsi service à notre patrie et d'acquitter une dette de reconnaissance envers la France.

INTRODUCTION

Quand Reclus décrivit pour la première fois le phlegmon ligneux, il commença sa conférence par ces mots : « L'heure n'est guère à la pathologie générale, et la clinique n'a plus pour nous que peu d'attrait, lorsqu'elle n'a pas pour conclusion un progrès thérapeutique. »

Et de fait, en donnant une individualité clinique au phlegmon ligneux, l'illustre chirurgien se proposait comme but immédiat de mettre en garde son auditoire contre une erreur de diagnostic qu'il avait vu commettre. Cette affection essentiellement bénigne avait été confondue avec une tumeur maligne; il importait donc d'en fixer les traits assez nettement pour qu'elle puisse être facilement reconnue, ce qui, au point de vue du traitement, avait naturellement une grosse importance.

Cette préoccupation a été, on peut le dire, unanimement partagée par tous les auteurs qui se sont occupé du sujet, et le chapitre diagnostic différentiel a toujours été amplement traité dans toutes les publications relatives au phlegmon ligneux.

Les questions d'étiologie et de pathogénie n'ont cependant pas été perdues de vue.

Là où l'infection est en jeu, la recherche de l'agent

pathogène est un des premiers problèmes qui se pose. Si cet agent est spécifique, le champ des recherches thérapeutiques est déjà bien limité. S'il est un de ceux que nous savons déjà combattre, toutes les difficultés sont résolues, et le progrès thérapeutique, dont parlait Reclus, se trouve réalisé.

Ce cas est malheureusement rare.

Souvent, nous connaissons, d'une part le microbe, d'autre part la lésion, sans que nous sachions quelle relation les unit l'un à l'autre, de sorte que les particularités anatomiques ou évolutives de l'affection restent pour nous lettre morte; naturellement les indications thérapeutiques se ressentent de cette insuffisance de nos connaissances; ne reposant sur aucune base objective, elles sont forcément vagues et varient avec les observateurs.

Or, c'est bien dans cette situation que nous sommes vis-à-vis du phlegmon ligneux.

D'une part il existe, sous ce nom, un ensemble de faits anatomo-cliniques bien individualisés. D'autre part, on a fait quelques constatations bactériologiques relatives à ces faits.

Mais où est le trait d'union entre ces différentes notions ? Il n'existe actuellement pas, et pourtant la connaissance de la pathogénie de ce phlegmon à allures si particulières, outre l'énorme intérêt général qu'elle pourrait avoir, permettra seule d'établir comment intervenir pour débarrasser le malade d'une affection sans doute plus tenace que grave.

Et quoique le détour puisse sembler long, c'est encore à la pathologie générale qu'il faudra recourir, si l'on se contente tout simplement de chercher l'explication des par-

ticularités que nous présente l'histoire du phlegmon ligneux.

Les difficultés sont grandes. Elles le sont déjà du fait que les observations de phlegmon ligneux qui doivent servir de point de départ aux recherches sont assez rares.

Nous avons été témoin de l'évolution de trois phlegmons ligneux développés tous les trois dans des conditions analogues, mais qui diffèrent notablement de celles généralement observées.

Aussi avons-nous pensé qu'il serait peut-être intéressant de les faire connaître.

Il s'agit de phlegmons ligneux de la cuisse survenus chez des soldats convalescents de fièvre typhoïde.

Nos deux premières observations remontent à la première guerre turco-bulgare (1912-1913). Nous les avons recueillies à l'hôpital de Haskovo (Bulgarie), dans le service du docteur S. Nenkoff.

Or, cette année, à l'hôpital Marin, dans le service que dirige pendant la durée de la guerre M. le professeur P. Parisot, nous avons rencontré et pu suivre un cas de la même affection, tout à fait superposable à ceux dont nous avons déjà été témoin.

M. le professeur Parisot ayant bien voulu nous en communiquer l'observation, nous avons pensé y joindre celles que nous possédions déjà et faire de leur publication, en mettant en évidence les points qui nous ont paru intéressants, l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous rappellerons d'abord ce qu'est le phlegmon ligneux. Puis, après avoir fait connaître nos observations, nous passerons à leur discussion.

Ce sera surtout l'observation recueillie pendant la guerre

actuelle, et dont les détails nous sont encore tout à fait présents à l'esprit, qui servira de base à cette discussion.

Après avoir dit de l'affection dont nous publions trois cas, ce qu'elle n'était pas, nous établirons qu'il s'agissait bien d'un phlegmon ligneux.

Puis, montrant combien sont rares les exemples de phlegmon ligneux développé au cours de la convalescence de la fièvre typhoïde, nous essayerons une interprétation pathogénique et nous terminerons par quelques considérations sur le pronostic et le traitement.

Ce travail est donc un simple document que nous apportons pour servir à l'étude du phlegmon ligneux.

Nous souhaitons vivement qu'il puisse être utile à ceux qui tenteront ultérieurement d'éclaircir la pathogénie de cette curieuse affection.

CHAPITRE PREMIER

Le Phlegmon ligneux

C'est dans une conférence faite en 1893 à l'hôpital de la Pitié, et publiée ensuite dans la *Gazette des Hôpitaux*, que fut donnée pour la première fois une description de l'affection assez rare que Reclus venait d'isoler sous le nom de phlegmon ligneux.

Il concluait alors son exposé en ces termes : « Il se développe parfois dans la région cervicale, sous l'influence de causes que nous ne connaissons guère, mais parmi lesquelles la cachexie paraît jouer un rôle, un phlegmon d'une allure particulière et caractérisé par son évolution lente et la dureté ligneuse que prennent les téguments. Aussi pourrait-on le confondre avec une tumeur maligne de la peau. »

Ce sont là, en effet, résumés en peu de mots, les caractères essentiels qui distinguent la nouvelle forme clinique de phlegmon que Reclus venait de créer et pour laquelle il proposait une place à part dans la nosographie.

En 1895, Batsère, dans sa thèse, ajoute un nouveau cas

de phlegmon ligneux à ceux déjà publiés par Reclus. Il en étudie le diagnostic et la pathogénie.

Reprenant alors une observation publiée dans le travail précédent, Reclus la communique, le 27 mai 1896, à la Société de Chirurgie, où elle est l'objet d'une discussion.

Puis, dans un article de la *Revue de Chirurgie* (juillet 1896), il résume les connaissances acquises jusqu'à ce jour sur le sujet.

Le phlegmon ligneux a été depuis l'objet d'un certain nombre de travaux : citons la thèse de Marsoo, en 1901, résumée dans un article de Lucas Championnière; un exposé de Marion, dans les *Archives générales de Médecine* (1903); un article de Lejars, dans la *Semaine Médicale* (1905); la thèse de Saussié, en 1903.

On trouve dans ces publications de nouvelles observations et quelques données intéressantes; mais, en somme, rien d'essentiel n'est changé en ce qui concerne le tableau clinique tracé par Reclus, et rien de nouveau n'est ajouté en ce qui concerne l'étiologie ou la pathogénie.

Quelques observations ont été également publiées en Allemagne; elles ne modifient pas notablement les connaissances déjà acquises sur le sujet.

Qu'est-ce donc que le phlegmon ligneux ?

C'est une affection caractérisée à la fois par les signes physiques qu'elle présente à sa période d'état et par son évolution.

En des régions diverses, mais surtout au niveau du cou et parfois au niveau de la paroi abdominale antérieure, on voit se développer petit à petit une induration qui siège immédiatement au-dessous de la peau, mais qui est tout d'abord indépendante d'elle. Elle arrive généralement à

être assez et même quelquefois très étendue. Chez l'employé d'octroi observé par Reclus, elle intéressait toute la région antérieure du cou entre les sterno-mastoïdiens, empiétant même sur ce muscle à droite.

Chez un malade de Krause, la tumeur s'étendait en hauteur, depuis l'ombilic jusqu'au ligament de Poupart; à droite, jusqu'au bord externe du muscle droit; à gauche, jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Mais ce qui constitue son caractère distinctif, c'est sa dureté « ligneuse ». « Ce mot, dit Marsoo, explique mieux que de longues périphrases la sensation que l'on éprouve lorsqu'on palpe cette lésion. Cette consistance de bois est égale en tous les points de sa superficie et même de sa profondeur. » Elle fut même retrouvée par Krause au toucher rectal. La région affectée est pour ainsi dire nivelée : les interstices musculaires sont comblés. On n'aperçoit plus ni relief ni creux.

En cherchant à mobiliser l'induration, il semble qu'on déplace un bloc.

La palpation permet de reconnaître à cette induration des limites précises : le doigt heurtant un léger ressaut passe brusquement de la zone d'induration à la souplesse des tissus sains; aussi l'expression de plaque d'induration vient-elle à l'esprit naturellement pour exprimer et décrire les sensations perçues avec les doigts.

La température locale est quelquefois un peu augmentée.

La peau, qui d'abord était mobile, devient adhérente en un point qui devient alors (et ceci est un trait caractéristique sinon constant de l'affection) d'une couleur rouge-vineuse, un peu œdématisée. Cette couleur s'étend excentri-

quement en même temps qu'augmente la zone d'adhérences.

Dans une de nos observations, cette rougeur était accompagnée d'une desquamation plus ou moins furfuracée de l'épiderme.

Au cou, il se produit quelquefois une attitude vicieuse, un torticolis; les mouvements des différents muscles de la région peuvent être plus ou moins entravés. Il peut y avoir gêne de la déglutition et même de la respiration.

Dans un cas de phlegmon ligneux sus-pubien, il y avait quelques troubles de la miction.

La douleur spontanée est généralement peu accusée : plutôt une sensation de gêne. A la pression, elle est également très peu accentuée.

En ce qui concerne l'état général, très peu de chose : pas ou peu de fièvre, excepté au début de l'affection. Quelquefois un peu de mal de tête.

Si nous cherchons maintenant quelle est l'évolution du phlegmon ligneux, nous voyons qu'habituellement elle est très lente; elle s'étend au moins à quelques semaines et habituellement à plusieurs mois, voire même à une année.

Son début est plus ou moins insidieux; généralement le malade s'aperçoit par hasard d'une tumeur plus ou moins mobile qui ne le gêne en aucune façon. Puis cette tumeur augmente en surface; petit à petit se constitue la période d'état telle que nous l'avons décrite et à laquelle il y a deux issues possibles (MARSOO) : la résolution simple; le champ d'induration diminue de la périphérie au centre et le phlegmon ligneux disparaît habituellement sans laisser de traces.

Ou bien — et c'est la règle — certaines parties de la

plaque deviennent fluctuantes et le malade éprouve à ce niveau quelques picotements et un peu de chaleur. De petits abcès superficiels se forment, s'ouvrent, desquels il coule du sang mêlé de sérosité, rarement des grumeaux franchement purulents (MARSOO).

Ces petits abcès sont très superficiels et ne communiquent par aucun trajet avec la profondeur. Certains orifices restés fistuleux continuent pendant longtemps à laisser suinter un pus très liquide formé surtout de sérosité (MARSOO).

Mais que le phlegmon ligneux se résolve, ou qu'il donne naissance à des abcès superficiels, presque toujours il a une terminaison favorable. Il aboutit presque toujours à la guérison, laissant tout au plus après lui une cicatrice s'il a suppuré, ou un manque de souplesse des tissus qu'il a touchés.

Dans les rares cas où la mort a été observée (KONYONDIAN, RECLUS), il semble que la mort ait été due plus à des complications régionales qu'au phlegmon lui-même.

Ainsi donc : induration d'une consistance ligneuse, se développant sur une large surface dans le tissu cellulaire sous-cutané, ayant des limites bien précises, intéressant à un moment donné à la fois la peau qui devient rouge-vineuse et les tissus de la profondeur, s'accroissant sans réaction générale de l'organisme, évoluant longtemps d'une façon chronique sans montrer ni tendance à la suppuration ni tendance à la résolution, aboutissant habituellement à la formation de petits foyers où s'amasse un pus séreux, et se terminant par la guérison. Tels sont les caractères cliniques du phlegmon ligneux de Reclus,

Observations

OBSERVATION I

P. N..., soldat au 10^e régiment d'infanterie, 6^e compagnie.

Entré à l'hôpital Maria-Louise (Haskovo), dans le service du docteur S. Nenkoff, le 15 novembre 1912.

Mobilisé depuis deux mois (1^{re} guerre balkanique), il se trouvait dans les environs de Kerdjilli quand il est tombé malade.

C'est un homme de constitution robuste, qui a bien résisté aux fatigues de la campagne.

A son entrée (au cinquième jour de sa maladie), il se plaint de céphalée frontale, de bourdonnements d'oreille et de lassitude. Il dit avoir mouché du sang. Pas de taches rosées. Quelques selles liquides. Température soir : 38°8.

16 Novembre. — La céphalée frontale devient plus intense. Epistaxis fréquentes. Douleurs dans la fosse iliaque droite. Quelques taches rosées sur la paroi abdominale. 6 selles liquides. La langue est sale, rouge sur la pointe et les côtés. Température soir : 38°9.

17 Novembre. — Même état ; la diarrhée persiste, les douleurs également. Le malade a passé la nuit sans délire. Température : 39°5 le soir.

Du 15 au 21 Novembre. — Même état. Quelques râles de congestion à la base droite.

30 Novembre. — Le malade entre en convalescence. Il est très amaigri, très anémié et très faible.

2 Décembre. — Le malade s'aperçoit que la partie inférieure de la face interne de sa cuisse gauche devient dure. Il éprouve une gêne lorsqu'il veut étendre complètement la jambe.

On constate que la région de l'extrémité inférieure de la cuisse gauche est tuméfiée, sans rougeur ni chaleur locale. La palpation fait sentir à ce niveau une induration qui semble s'étendre jusque dans la profondeur ; elle n'est douloureuse que si l'on accentue la pression. Aucune particularité dans l'état général, notamment pas d'élévation de température.

5 Décembre. — La tuméfaction augmente. La superficie peut être évaluée au moins à deux paumes de main d'adulte. La dureté est ligneuse. La peau recouvrant la région prend une coloration rouge sombre sur toute l'étendue. A 8 centimètres environ au-dessus de l'articulation, et sur la face interne de la cuisse, on perçoit un petit point fluctuant ; la peau semble amincie. Un chirurgien russe, appelé en consultation, fait une incision longue de 5 centimètres, par où s'écoule une très petite quantité d'un liquide jaunâtre séreux. Croyant avoir affaire à un abcès plus profondément situé, il approfondit son incision, coupe même une artère d'assez fort calibre, probablement quelque branche d'une perforante, et ne trouve aucun foyer purulent. Il laisse une pince à demeure sans refermer la plaie.

8 Décembre. — Pas d'amélioration à la suite de l'incision. La rougeur et la tuméfaction persistent. La dureté est toujours la même. Il ne s'écoule pas de pus. Pansements humides.

Du 8 au 16 Décembre. — Rien de particulier. Le malade reste couché. La jambe est légèrement fléchie. La plaque est moins rouge, mais toujours aussi dure. La plaie se cicatrise. Toujours pas de pus. On continue les enveloppements humides et chauds. En ce moment, l'état du malade semble s'améliorer. Il reprend son alimentation normale.

30 Décembre. — La rougeur a disparu. La dureté persiste. La cicatrisation de la plaie s'achève : les mouvements de la jambe sont possibles dans tous les sens et sans gêne.

Le malade commence à se lever. On cesse les compresses et on se contente de pratiquer un massage simple de la région.

15 Janvier. — Le malade est guéri. Son état général est bon. La tuméfaction de la cuisse a disparu. Il persiste une légère induration dans la profondeur.

18 Janvier. — Le malade quitte l'hôpital, complètement guéri.

OBSERVATION II

Mikoloff (H.), 26 ans, soldat au 10^e régiment d'infanterie, 3^e compagnie.

Entré à l'hôpital Maria-Louise (Haskovo), le 10 décembre 1912.

Mobilisé dès le début des hostilités de la première guerre balkanique (15 septembre 1912), a fait toute la campagne.

Le malade est un homme de taille moyenne, pas trop amaigri. Il est pâle et donne l'impression d'un homme fatigué.

A son entrée, il est malade depuis six jours ; se plaint de fatigues, vertiges, épistaxis et maux de tête. Température : 38°9. Pouls normal.

12 Décembre. — Légères douleurs dans la fosse iliaque droite. Epistaxis fréquentes. Céphalée intense. Langue saburrale. 5 selles liquides. Pas de taches rosées.

13 Décembre. — Même état avec diarrhée plus fréquente.

14 Décembre. — Etat d'adynamie avec délire tranquille, sans grande agitation. Le ventre est ballonné, la langue rôtie. Quelques taches rosées sur le thorax. Température soir : 40°.

Signes de broncho-pneumonie.

Depuis ce jour jusqu'au 17 décembre, la courbe thermique reste la même, avec peu de rémission matinale.

Du 20 au 30 Décembre. — Amélioration qui s'accroît progressivement. La température diminue. Les phénomènes nerveux s'amendent et l'état du ventre s'améliore également.

30 Décembre. — Le malade entre en convalescence.

Son état général est peu satisfaisant. Il est pâle, maigre, et dans un état de faiblesse tel qu'il ne peut se tenir debout.

A ce moment, on voit apparaître une induration à la partie antéro-interne de la cuisse droite, à 9 centimètres au-dessous de l'arcade crurale.

La région est très dure au palper : il semble exister des adhérences dans la profondeur.

Pas de rougeur ni de douleur. Tous les mouvements sont possibles.

Du 30 Décembre au 6 Janvier. — L'induration semble s'étaler. Même état des téguments. Légère douleur, surtout marquée à la pression et lorsqu'on cherche à mettre la cuisse en abduction.

7 Janvier. — Sur toute l'étendue de la plaque, la peau a pris une coloration rouge-vineuse ; mais on ne peut sentir aucun point fluctuant. La coloration ne s'étend pas plus loin que l'induration.

L'état général du malade redevient satisfaisant. Température entre 37° et 37°5.

Du 7 au 10 Janvier. — Rien de particulier ; la plaque conserve son aspect sans le moindre changement. Le malade ne souffre pas.

12 Janvier. — Le malade, croyant avoir un abcès, exprime le désir qu'on le lui ouvre. L'intervention lui est refusée ; on laisse la lésion suivre son cours naturel, et on se contente d'appliquer des compresses chaudes.

Du 12 au 20 Janvier. — Rien de particulier. Même traitement. De temps en temps, badigeonnage de la région à la teinture d'iode. Le malade ne souffre que lorsqu'il cherche à bouger. Pas de contracture des muscles.

25 Janvier. — Mêmes limites de la plaque. Même dureté. La rougeur devient plus sombre. On applique quelques pointes de feu superficielles, suivies de l'application d'un pansement humide.

Au bout de 3 jours, amélioration.

2 Février. — La rougeur commence à disparaître. Il n'y a, d'ailleurs, nulle part, ni fluctuation ni tendance à la suppuration. La dureté est toujours la même, avec les mêmes limites.

Bon état général. Pas de fièvre ni de douleurs.

Du 2 au 15 Février. — Même traitement, en plus, des frictions simples de temps en temps. Le malade se lève, mais sa démarche est gênée. Il marche la cuisse écartée.

26 *Février*. — Rien à l'aspect extérieur. Plus de rougeur. La tuméfaction est presque disparue, mais au palper on sent l'induration persister surtout dans la profondeur.

3 *Mars*. — Le malade sort de l'hôpital guéri, sans aucune gêne des mouvements des membres inférieurs.

Trois mois après sa sortie de l'hôpital, nous revoyons le même malade, alors réformé, après amputation de 3 doigts de la main gauche, nécessitée par une blessure reçue pendant la seconde guerre. Interrogé sur les suites possibles de la lésion qu'il a présentée à la cuisse, il déclare ne s'en être plus ressenti.

OBSERVATION III

Ch... (Louis), 34 ans et demi, 252^e Régiment d'Infanterie. Entré à l'hôpital Marin le 24 septembre 1914.

Mobilisé dès le début de la guerre, le soldat Ch... prend part aux actions militaires qui se sont passées en Lorraine à la fin d'août.

Se sentant malade, il se présente à la visite médicale ; il reste à Champenoux, exempté de service, pendant une quinzaine de jours.

Comme son état s'aggrave, on l'évacue, et il est amené sur un brancard à l'hôpital Marin.

A son entrée à l'hôpital, cet homme paraît avoir beaucoup souffert de la campagne. L'état de ses vêtements et de sa personne démontre surabondamment qu'il ne lui a pas été possible depuis longtemps de prendre les soins les plus élémentaires de propreté.

Il est très pâle et extrêmement amaigri ; « un vrai squelette », disent toutes les personnes qui le voient.

Sa fièvre est intense. Dans un état d'adynamie profonde, il répond assez difficilement aux questions qui lui sont posées, et ses réponses, entrecoupées de paroles incohérentes, trahissent l'état de subdélire dans lequel il se trouve.

Il accuse des vertiges et des bourdonnements d'oreilles. Sa langue est sèche, rôtie, fendillée ; son ventre un peu ballonné : il a une diarrhée très abondante. Les bruits du cœur sont un peu sourds ; le pouls décréte à 90.

Cet ensemble symptomatique, auquel viennent s'ajouter, dans la suite, quelques taches rosées et des épistaxis, persiste, en s'atténuant toutefois, et, vers le 25 octobre, le malade entre en convalescence, quoique la température oscille toujours entre 36°8 et 37°8.

Le diagnostic porté fut celui de fièvre typhoïde.

Ce diagnostic s'imposait tant à cause des phénomènes cliniques qu'à cause de l'épidémie régnant à ce moment.

Vers le 2 novembre, le malade appelle l'attention sur une grosseur siégeant au côté externe de la racine de la cuisse gauche, à 8 centimètres environ au-dessous du grand trochanter.

A ce niveau, on constate une tuméfaction, grosse comme un œuf, qui adhère dans la profondeur et dont la consistance est assez dure. La peau qui la recouvre est normale et glisse sur les plans sous-jacents. Pas de chaleur locale. Ni douleur, ni gêne d'aucune sorte.

Dans la suite, cette tuméfaction se ramollit, sans qu'il se manifeste ni rougeur, ni adhérence de la peau.

On pense à ce moment à une collection dans la profondeur, qu'il faudra probablement inciser. Mais, vers le 10 novembre, la tuméfaction commence à diminuer et elle disparaît peu à peu sans laisser de traces.

Mais avant qu'elle ait complètement disparu, le malade se plaint de nouveau. Cette fois, c'est dans la région du genou

gauche que vient de se produire un gonflement, ce qui l'empêche, dit-il, d'étendre complètement la jambe.

Et en effet on constate une légère augmentation de volume de la région du genou gauche, qui ne s'apprécie d'ailleurs bien que par comparaison avec l'autre articulation. Il n'apparaît cependant pas qu'il y ait du liquide. En procédant à un examen attentif, on constate que l'augmentation de volume porte surtout sur la région du creux poplité.

La palpation permet de reconnaître là une masse dure, coiffant surtout le condyle externe du fémur et siégeant dans les jumeaux, au niveau de leurs insertions. A part la tuméfaction, il n'y a pas d'autre modification anatomique locale.

L'articulation est en légère flexion. On ne peut arriver à l'étendre complètement.

Dans les semaines qui suivent, l'induration descend et gagne peu à peu les masses charnues de la jambe, dont les reliefs musculaires restent parfaitement dessinés. Il y a là tout un bloc très dur, ayant la consistance du bois : aucune modification ni de volume, ni de couleur, ni de chaleur de la région.

On pense alors à une phlébite ; mais l'absence de douleurs vives, au niveau de l'induration, l'absence d'œdème de la jambe et du pied, enfin la dureté si spéciale de l'induration et sa stricte localisation aux masses musculaires, font éliminer cette hypothèse.

Cet état va en s'accroissant jusque vers le milieu de décembre. A ce moment, l'articulation était fléchie presque à angle droit, le pied en équinisme.

La douleur, qui dans les premiers temps avait été assez vive, ne se produit alors plus que si l'on essaie d'étendre la jambe par force.

Le diagnostic porté fut celui de myosite non suppurée, et ce fut aussi celui attribué rétrospectivement à cette tuméfac-

tion qui était apparue et disparue sans laisser de traces en haut de la cuisse du même côté.

Cette masse de myosite, de même que la première, regressa progressivement, et, quand le malade fit ses premiers essais de marche, vers le milieu de janvier, l'équinisme n'était plus très prononcé.

Nous arrivons maintenant au troisième incident de la convalescence du malade, sur lequel nous voulons plus spécialement attirer l'attention.

Pendant que ces masses de myosite évoluaient à gauche, apparaît vers le milieu de décembre, au membre inférieur droit, au niveau de l'endroit où le couturier croise l'axe de la cuisse, une masse dure analogue à celles qui venait d'être constatée. On pensa tout d'abord qu'elle était de même nature que les précédentes et qu'elle suivrait probablement la même marche évolutive, quand, tout au contraire, on voit, cette fois, l'induration de cette masse persister ; la peau qui la recouvre se fixe à son niveau et devient rouge. Puis, peu à peu, se forma une sorte de placard très dur, qui paraissait très épais. Voulait-on le mobiliser, on avait l'impression d'une certaine adhérence dans la profondeur. Ce placard s'étendit progressivement, couvrant petit à petit la face interne de la cuisse, à l'union de son tiers supérieur et de son tiers moyen.

La cuisse, à ce niveau, est alors très augmentée de volume. Elle mesure 46 centimètres de circonférence, alors que, symétriquement, à gauche, on ne trouve que 39 centimètres. Elle est recouverte à ce niveau comme d'une carapace, d'une dureté ligneuse, dont la surface est rouge sombre, congestionnée, desquamante, et montre un godet blanc quand on y appuie le doigt.

La surface est uniformément dure : on ne sent tout d'abord nulle part aucun point fluctuant. Le bord en est net et par-

faitement délimité par le doigt qui, de la région malade, passe assez brusquement en tissu sain.

Quelques petits ganglions inguinaux non douloureux.

Le malade ne se plaint d'ailleurs pas ; si ce n'est quelques rares lancées de temps en temps, il ne souffre pas ; notamment, la nuit il dort très bien.

La pression forte est douloureuse, mais une palpation douce ne provoque aucune douleur.

Vers le 10 janvier, il se forme un point de ramollissement vers le centre du placard ; une sorte de pustule se forme, du volume d'un pois, de laquelle sort une très petite quantité de liquide séro-purulent.

Une forte pression exercée autour du point suppurant n'arrive pas à provoquer une plus forte issue de pus.

Les pansements humides qui furent alors appliqués furent tachés pendant deux jours, et l'ouverture se referma.

La quantité totale de pus qui s'écoula ne fut certainement guère supérieure à la valeur d'un dé à coudre.

L'analyse bactériologique qui fut faite par M. le professeur Macé montra l'absence des bacilles d'Eberth, et la présence de staphylocoques.

Pour si faible qu'ait été l'élimination de pus, il semble qu'elle ait déterminé une amélioration dans l'état de la lésion, qui, à partir de ce jour, commence à regresser lentement.

L'étendue du placard diminua, la guérison ne se faisant d'ailleurs pas régulièrement sur toute la périphérie ; en même temps, la rougeur s'atténua, les téguments reprenant peu à peu leur souplesse, et, au moment où le malade fut évacué un mois plus tard, le 22 février, l'induration persistante autour du point qui avait suppuré n'était pas plus large qu'une paume de main.

A aucun moment, il n'y avait eu de gêne dans les mouve-

ments de la cuisse : le malade pouvait les exécuter à fond et sans aucune difficulté.

En ce qui concerne la température, elle ne fut jamais influencée ni par l'apparition ni par l'évolution de la lésion.

Elle s'était établie dès la convalescence entre 36°8 et 37°5, sans jamais varier sous l'influence de son extension ou de sa régression.

Quant à l'état général, il s'améliorait progressivement au fur et à mesure que la convalescence avançait ; le malade reprenait ses forces et engraissait, comme s'il était complètement guéri.

Le traitement appliqué consista uniquement en applications de cataplasmes et de compresses chaudes, et, quoiqu'à un moment donné la question fut agitée, l'on n'eut pas recours au bistouri.

Un massage léger, destiné à hâter la guérison, fut exercé à la périphérie de la région, dès qu'une amélioration fut manifeste.

CHAPITRE II

Diagnostic

A) Diagnostic différentiel

Les trois observations que nous venons de relater montrent trois malades, tous trois soldats en campagne, chez qui, au cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde, se développe, au niveau de la cuisse, sans trouble de l'état général, une affection qui dans ses grands traits présente, dans les trois cas, les mêmes caractères.

Quelle est donc cette complication ?

Nous devons évidemment tout d'abord chercher parmi les affections qui se développent le plus habituellement au niveau des membres pendant la convalescence de la fièvre typhoïde.

Nous examinerons successivement les différents tissus qui entrent dans la constitution des membres.

Tout d'abord, il ne s'agissait évidemment pas d'une lésion intéressant soit un vaisseau, artère ou veine, soit une branche du système nerveux périphérique, étant donnée l'absence de troubles circulatoires ou nerveux.

Peut-être aurait-on pu penser, au début, à un phlegmon diffus profond ou à une lymphangite. Mais la localisation primitive de la lésion, son mode d'extension sans traînées rouges sur la peau et sans adénite aiguë, le manque de douleurs spontanées, la tolérance du malade vis-à-vis d'une pression assez forte, l'absence de phénomènes généraux, l'évolution enfin, pouvaient faire éliminer ce diagnostic.

S'agissait-il d'une atteinte osseuse ?

La périostite et l'ostéomyélite ne sont pas une complication rare dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

Nous pouvons affirmer hardiment que, chez nos malades, l'os n'était pas intéressé. La tuméfaction dès le début intéressait les parties molles, et non pas l'os, sans qu'il y ait eu de doute possible.

D'ailleurs l'absence de douleur spontanée ou provoquée, la courbe de température, la terminaison même de l'affection viennent aussi témoigner qu'il ne s'agissait pas d'une lésion osseuse.

L'hypothèse d'une myosite devait être plus sérieusement discutée, et ceci d'autant plus que, comme nous l'avons vu, un de nos malades (*Obs. III*) a présenté deux foyers de myosite dont l'un encore en évolution au moment de l'apparition de la lésion qui nous occupe.

Mais alors quelle variété de myosite ?

Il ne s'agissait pas d'une myosite suppurée, d'un abcès musculaire.

La symptomatologie en a été bien décrite par Suard : début par des douleurs constrictives ou lancinantes, qui sont plus ou moins vives et que la pression exagère.

Tuméfaction du muscle qui peut avoir une dureté

« ligneuse » et qui est comme hypertrophié. Gonflement mou, œdémateux du tissu cellulaire, avec ecchymose. Lorsqu'il n'y a pas d'ecchymose, la peau conserve sa température normale. Mouvements spontanés impossibles. Provoqués, ils réveillent des douleurs intenses.

Attitudes spéciales dues au raccourcissement des muscles et à une sorte de contracture. La formation du pus s'accompagne de frissons et de poussées fébriles; elle se traduit par une fluctuation plus ou moins nette que brident des aponévroses.

Toute cette symptomatologie n'a rien de commun avec ce qui a été observé chez nos malades.

La myosite aiguë simple a un tableau clinique qui est aussi très différent.

Le voici, résumé d'après le travail de Cayet :

« Au niveau du foyer inflammatoire, douleur vive, exaspérée par les mouvements, ne durant pas longtemps comme telle, tandis que la douleur provoquée par les mouvements résiste autant que la myosite elle-même. Besoin d'immobilité; le malade est préoccupé d'éviter les mouvements.

« Pas de coloration anormale des téguments, sauf hémorragie. L'œdème de la peau est inconstant. Ce serait d'ailleurs plutôt un léger épaissement de la peau avec transparence spéciale qui ne conserve pas l'empreinte du doigt.

« A la palpation on sent un corps dur, résistant, non élastique, ayant la forme du muscle affecté, hypertrophié dans toutes ses dimensions. Les dimensions relatives sont conservées, le ventre du muscle étant toujours plus considérable que les extrémités. Cette tuméfaction s'arrête nettement à la limite du muscle, ce qui permet de le diffé-

rencier complètement : elle fait une saillie parfaitement nette au-dessous des téguments. Velpeau l'a nommée ligneuse, car cette comparaison rend d'une manière très juste la sensation qu'on éprouve. Dans un cas de myosite de la jambe, on croyait saisir un mollet de bois.

« Comme symptômes accessoires : chaleur et transpiration locales.

« L'évolution comprend : une période fébrile, une période douloureuse de 2 à 8 jours, une période d'induration avec atrophie indolente, accompagnée de refroidissement au niveau des muscles touchés.

« La lésion se termine très rarement par la suppuration, habituellement par la guérison : le muscle recouvre sa souplesse et sa force primitives. »

Si dans nos observations la gêne fonctionnelle montrait bien que les muscles participaient à l'inflammation, les signes anatomiques prouvaient que la lésion principale était ailleurs.

D'ailleurs, dans l'observation III, la comparaison était facile entre le phlegmon ligneux de la cuisse dont notre malade était porteur, et la lésion qu'il présentait encore à la face postérieure de la jambe gauche, lésion que nous considérons comme de la myosite.

D'un côté, un plastron induré se mobilisant en masse sur la profondeur, et ne gênant en rien les mouvements. D'autre part, des masses musculaires tout à fait indurées, mais reconnaissables à la palpation, en même temps que la jambe était fixée par une contracture invincible en flexion sur la cuisse, la peau de la région restant tout à fait normale.

A la cuisse, l'affection intéressait — du moins autant

que l'examen clinique permettait de s'en rendre compte — surtout le tissu cellulaire sous-cutané, et avait gagné d'un côté les aponévroses et les tissus sous-jacents, de l'autre la peau.

Le siège principal de l'inflammation paraissait être, disons-nous, le tissu cellulaire.

Or, la fièvre typhoïde se complique parfois d'abcès du tissu cellulaire sous-cutané, dont les caractères cliniques ont été bien étudiés par Dupont :

« Le gonflement et la rougeur existent, dit-il, dans le point où se forme la collection, et ne présentent rien de particulier. Ces signes sont en rapport avec l'étendue et l'âge du foyer.

« Leur nombre, assez restreint d'habitude, peut atteindre le chiffre énorme de 200. Ils sont toujours multiples.

« La marche de ces collections est assez régulière. L'inflammation développée en un point aboutit promptement à la suppuration; en un ou deux jours et même en quelques heures, la fluctuation devient manifeste.

« Le processus, il est vrai, est souvent moins rapide et met plusieurs jours pour se collecter en foyer. »

Il ajoute que le pus peut se résorber, mais cette terminaison est rare. Presque toujours, le pus marche vers la superficie, et il a une tendance marquée à s'ouvrir une voie à l'extérieur.

L'absence de période aiguë, et la chronicité de la lésion qui resta unique, excluaient donc la possibilité chez nos malades d'un de ces abcès du tissu cellulaire se développant dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

Peut-être cette affection était-elle la suite d'une injection médicamenteuse ?

Nous ferons d'abord observer qu'aucune piqûre n'avait été faite chez nos malades à la face interne de la cuisse, cette région étant d'ailleurs une de celles où il est recommandé de ne pas pratiquer d'injections.

Cette éventualité est néanmoins intéressante à discuter, à cause de la question de responsabilité médicale qui pourrait s'y rattacher éventuellement.

Remarquons d'abord qu'un abcès peut se développer, dans le cours d'une maladie infectieuse, au point où a été pratiquée une injection, sans que le médecin puisse être accusé de négligence.

On a cité, par exemple, des cas d'abcès survenant chez des malades atteints de pneumonie, à l'endroit d'une piqûre. Or l'examen bactériologique montra dans le pus de ces abcès une véritable culture pure de pneumocoques.

En ce qui concerne le développement d'indurations persistantes, Saussier raconte le fait suivant :

« Nous avons eu l'occasion d'observer pendant notre service militaire, à l'infirmerie-hôpital du camp d'Avor, un soldat du 95^e de ligne, atteint de pneumonie franche aiguë avec adynamie profonde, à qui l'on fit une injection de caféine dans le tissu cellulaire sous-cutané du côté droit. Le malade accuse quelques picotements à cet endroit pendant deux jours, puis tout rentre dans l'ordre. Il guérit de sa pneumonie, et plus d'un mois après cette injection, alors qu'il était en pleine convalescence, il attire notre attention sur une petite tumeur grosse comme une noix et presque aussi dure, assez mobile, qui s'était développée précisément à l'endroit où nous avions enfoncé notre aiguille. Quelques jours plus tard, la peau devenait adhérente à la tumeur, rougissait en un point. Une ponc-

tion au bistouri ne donna issue qu'à une goutte de pus. L'induration persista encore près d'un mois et finit par disparaître. »

Voilà un fait qui prouve que, lors de la convalescence d'une maladie aiguë, il peut se développer, au point où a été pratiquée une piqûre, des indurations persistantes, aboutissant difficilement à la suppuration, et qui sont en somme des phlegmons ligneux, répondant bien à la définition de Reclus.

Certaines formes d'anthrax sont également caractérisées par une tuméfaction ligneuse des téguments, et cela en particulier chez des débiles, des tarés, des diabétiques.

Mais chez nos malades, la peau était primitivement saine; on n'y a jamais constaté de furoncles. Le processus était d'abord sous-cutané, et la peau ne fut intéressée que secondairement. De plus, on ne vit jamais cet ensemble de phénomènes généraux plus ou moins graves qui accompagnent le développement d'un anthrax dès son début.

Qu'il y ait eu, dans les cas que nous avons observés, des lésions de dermite rappelant celles de l'érysipèle, c'est ce dont nous ne pouvons pas douter. Mais à cela se borne l'analogie : car le bourrelet de l'érysipèle avec sa consistance différente du reste de la plaque, ne ressemble en rien au ressaut que nous avons décrit à la périphérie du p'astron induré chez un de nos malades, et qui indiquait seulement le passage brusque de l'induration au tissu sain.

Si la forme anatomique ou l'évolution de cette lésion n'éveillèrent jamais l'idée de tuberculose, de syphilis ou de tumeur, le diagnostic d'actinomyose pouvait peut-être se discuter. Mais l'actinomyose intéresse rarement

les membres, et c'est alors à l'extrémité et non pas à la racine du membre que commencent les lésions.

De plus, il n'y eut jamais d'ulcérations, et l'absence des grains jaunes au moment de la suppuration démontrèrent bien qu'il ne s'agissait en aucun cas d'actinomyose.

Le diagnostic de phlegmon ligneux semble au contraire parfaitement convenir à ce placard, de consistance très dure, qui s'est développé chez nos trois convalescents de fièvre typhoïde, et dont l'évolution interrompue par la formation d'un petit abcès a mis plusieurs mois à s'achever.

Nous allons maintenant examiner si nous sommes bien en droit de porter ce diagnostic.

B) Le diagnostic de Phlegmon ligneux

Sommes-nous bien autorisé, dans les cas qui nous occupent, à porter le diagnostic de phlegmon ligneux ?

Si nous nous posons cette question, c'est que nous tenons à montrer le bien-fondé du diagnostic que nous avons porté chez nos trois malades, la légitimité de nos conclusions étant entièrement basée sur celle de ce diagnostic. De plus, nous ne voudrions pas tomber dans un écueil qui n'a peut-être pas été assez évité. Il nous a semblé, en effet, qu'on ait abusé, tant en France qu'à l'étranger, de cette dénomination et qu'on ait parfois trouvé là une expression commode pour désigner des cas cliniquement embarrassants, d'un diagnostic malaisé, dont il était difficile de s'expliquer les particularités.

Citons, par exemple, cette observation de Fichtner dans un article intitulé : « *Ueber leichte Formen der Holz phlegmone* » :

Gerhard B. . . , 2 ans et 10 mois. A eu de l'entérite pendant quelques mois. Habituellement bien portant. Depuis le milieu de novembre 1901, peu d'appétit. Le 20 novembre, la mère remarque que les ganglions du cou sont fortement enflés, surtout à gauche. Ils ne sont pas douloureux. Le 23 au matin, l'articulation du genou gauche est enflée. L'enfant était brûlant le matin ; le soir, la température était redevenue normale.

Elat au 24 Novembre : Enfant fort, bien nourri, gai ; il est assis dans son lit. En dessous de l'oreille gauche, un paquet ganglionnaire de 8 centimètres de longueur, 5 de large, gros comme un poing d'enfant. Ce paquet va de l'angle de la mâchoire au bord postérieur du sterno-cléido-mastoidien. Les ganglions sont durs et endoloris.

En certains points, des sillons plats permettent encore de les délimiter. La peau n'est pas changée, on peut la mobiliser. Les ganglions à droite sont également un peu enflés, mais moins, tout au plus gros comme une fève.

L'articulation gauche du genou est légèrement enflée, pas rouge, pas très sensible. L'enflure et les douleurs seraient moindres depuis hier.

Rien aux autres articulations.

La langue un peu chargée. Pas d'appétit. Température normale le matin ; soir 39°1.

25 Novembre. — Température 36°6 ; soir 39°.

Ganglions non changés.

Encore un peu de diarrhée.

Un prélèvement sur les amygdales montre la flore habi-

tuelle, notamment des staphylocoques jaunes, autrement rien de particulier (Löfflerterum).

29 Novembre. — Gai ; articulations normales, ganglions dans le même état, durs, tout à fait endoloris. Le soir, température toujours entre 38 et 39°. Le matin, normale. Bon appétit.

4 Décembre. — Dans les derniers jours encore quelques poussées ; les jours précédents elle avait été normale. L'enfant se trouve bien. Objectivement rien de changé.

6 Décembre. — Ganglions aujourd'hui un peu plus mous et petits ; selles normales. Gai.

10 Décembre. — Depuis quelques jours plus de fièvre. Les ganglions sont notablement plus mous et petits. A partir de maintenant ils continuent à devenir plus petits.

23 Décembre. — Les ganglions sont gros comme des fèves. Le 7 janvier on sent encore 2 ganglions comme des pois.

Durée de la maladie ; 2 mois.

On rechercherait vainement dans cette observation ce qui a pu déterminer l'auteur à porter le diagnostic de phlegmon ligneux.

Ce n'est évidemment pas une raison parce qu'il se développe au cou une tuméfaction, pour porter ce diagnostic. Nous allons d'ailleurs revenir sur ce point dans un instant.

Il nous semble, d'une façon générale, qu'on ne peut légitimement employer une dénomination créée par un auteur, que pour désigner la même catégorie de faits qu'il entendait précisément spécifier sous ce nom. A plus forte raison quand cette dénomination a été généralement acceptée et consacrée par l'usage.

En créant l'expression de phlegmon ligneux, Reclus

entendait synthétiser cet ensemble de faits anatomo-cliniques bien déterminés que nous avons énumérés plus haut.

Eh bien, les symptômes que nous avons observés chez nos trois malades se superposent parfaitement à ceux assignés par Reclus au phlegmon ligneux. Il s'agissait bien dans nos trois observations d'inflammation du tissu cellulaire à évolution non aiguë, ayant duré respectivement un mois et demi, deux et trois mois, se caractérisant par une dureté particulière, dureté ligneuse, recouvrant la région affectée d'une sorte de blindage; cette inflammation s'étendait bientôt à la peau, qui prenait une coloration d'un rouge-vineux. Il y avait formation d'un petit abcès qui laissait s'écouler une quantité infime de pus.

Ce sont bien là les caractères du phlegmon ligneux. Evidemment il y a des différences entre les cas que nous avons observés et ceux qui ont servi de base à la description de Reclus.

Et d'abord en ce qui concerne la région : les cas observés par Reclus concernaient tous des phlegmons du cou.

Le phlegmon ligneux ne peut-il donc se développer qu'au cou ?

Reclus lui-même, tout en étant tenté de le croire d'après son expérience personnelle, a dit : « Je crois qu'il y aurait témérité à répondre que oui, et nous-même avons observé des inflammations à marche chronique et présentant une dureté considérable dans quelques autres régions. »

Et il cite un cas, observé par lui, de phlegmon ligneux de la paroi abdominale. D'assez nombreuses observations ont été ultérieurement recueillies par Saussier, concernant des phlegmons ligneux de la paroi abdominale.

Mais nous n'avons trouvé trace que de rares observa-

tions de phlegmons ligneux développés dans une autre région que le tronc ou le cou. Peu d'observations concernant le phlegmon ligneux des membres.

Merkel dit, en effet, au cours d'un article :

« Jenney a produit une observation dans laquelle l'affection s'était développée après un phlegmon aigu consécutif à un traumatisme de l'avant-bras. »

Nous n'avons pas pu avoir à notre disposition la relation de ce cas.

Marion rapporte l'histoire d'un phlegmon ligneux du doigt; Van Stokum celle d'un phlegmon ligneux développé autour de la cicatrice chez un homme opéré de hernie, et dont la plaie opératoire avait longtemps suppuré; Lejars, un cas de phlegmon ligneux de la face postérieure de la cuisse droite.

Ainsi donc, le phlegmon ligneux a été constaté et admis ailleurs qu'au cou. On l'a déjà observé, comme nous venons de le voir, à la cuisse, et quoique le fait de Lejars soit l'unique cas de ce genre publié jusqu'à présent, nous croyons, en nous appuyant sur l'autorité de cet auteur, que le siège d'une lésion à la cuisse n'est pas exclusif du diagnostic de phlegmon ligneux, si cette lésion en présente par ailleurs les autres caractères.

Une autre objection en ce qui concerne la légitimité de notre diagnostic pourrait être tirée de la durée relativement courte pendant laquelle les lésions que nous avons observées ont effectué leur évolution.

Parlant du phlegmon ligneux, Reclus dit, en effet : « Il met des semaines et même des mois à naître et presque une année avant d'achever son évolution. » Sans doute la durée en est toujours longue, et chez le bijoutier observé

par Reclus, l'évolution complète dura un an; huit mois chez le malade de Tédénat. Mais l'évolution ne semble pas être toujours, à beaucoup près, aussi longue. C'est ainsi que l'observation, publiée par Reclus lui-même, d'un phlegmon ligneux du cou, survenu chez un employé d'octroi, mentionne que le cou avait commencé à grossir vers le 15 août, et, vers le 8 mars, le malade était guéri : l'évolution avait duré un peu plus de six mois et demi. — Quatre mois à peine dans une autre observation de Tédénat.

Dans l'observation de Marsoo, tout était fini en trois mois.

Dans l'observation de Krause, la malade, quelque temps avant le 5 décembre, remarque une petite tumeur du cou. Il se développe un phlegmon ligneux, et le 15 janvier elle était complètement guérie : un mois et dix jours par conséquent.

Si l'intervention chirurgicale qui fut pratiquée dans ces différents cas a eu quelque utilité, rien ne nous permet d'affirmer qu'elle ait hâté la guérison.

Ceci suffira amplement pour nous démontrer que le phlegmon ligneux ne met pas toujours, loin de là, « presque une année avant d'achever son évolution », et que s'il affecte parfois une évolution torpide, il peut aussi avoir une évolution presque subaiguë.

Ainsi donc, on ne peut tirer argument ni de la région où se sont développées les lésions que nous avons observées, ni de la durée de leur évolution pour affirmer qu'il ne s'agissait pas là de phlegmon ligneux. Comme les autres caractères de ces lésions correspondent bien à ceux que Reclus lui avait attribués, nous croyons que nous pouvons à juste titre, dans les trois cas que nous avons observés, porter le diagnostic de phlegmon ligneux.

CHAPITRE III

Phlegmon ligneux et Fièvre typhoïde

La conception que se faisait Reclus du phlegmon ligneux, telle qu'elle ressort de son exposé, ne comprenait que des notions anatomo-cliniques. Elle n'impliquait pas une étiologie définie. C'est la raison pour laquelle Von Bergmann refusait de faire du phlegmon ligneux une maladie particulière (*eine eigene Krankheit*). « Son tableau clinique, disait-il, n'a pas une étiologie univoque : *Ihr Klinische Bild hat keine einheitliche Ätiologie.* »

Mais Reclus n'a jamais prétendu autre chose. C'est un syndrome, et non une maladie qu'il entendait décrire, admettant même comme probable que l'étiologie en était variée.

Il a d'ailleurs, dans son étude, assez peu insisté sur les circonstances étiologiques dans lesquelles survient le phlegmon ligneux.

Marion, dans son article, s'est préoccupé de ce point. Il fait le relevé des circonstances qui ont accompagné le développement du phlegmon ligneux et constate que, dans les

différentes observations, il a succédé : à une angine, à un furoncle, à un effort, à des ulcérations, et aussi qu'il est survenu sans cause apparente.

L'âge n'est pas un facteur essentiel : en tous cas, on n'est pas fondé à faire du phlegmon ligneux une affection de l'âge avancé.

Le terrain sur lequel avaient évolué les phlegmons ligneux qu'il avait observés, avait cependant attiré l'attention de Reclus, et à la Société de Chirurgie, après que Reynier eut insisté sur l'état de cachexie et les troubles de nutrition possibles comme facteur étiologique, il ajoutait : « Dans mes cinq observations, ce qui dominait c'était la cachexie. »

On ne peut en dire autant des malades que nous avons observés. Sans doute ils étaient tous trois convalescents de fièvre typhoïde à forme grave, la maladie les avait surpris déjà surmenés : l'un d'eux, avons-nous dit, était à son entrée à l'hôpital, comme un squelette. Le phlegmon a débuté en général chez eux dans les premiers jours de la convalescence, mais, chose remarquable, cette complication n'a pas du tout entravé le retour à la santé de nos malades.

Et notamment chez Ch... : tandis que le phlegmon s'étendait, il continuait à engraisser très rapidement, comme cela se voit dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

Il n'était donc pas chez eux question de cachexie, et loin d'être à une phase de dénutrition, ils étaient à ce stade où l'organisme s'est en grande partie désintoxiqué et reconstitue ses réserves.

On ne peut donc dire que le développement du phleg-

mon ait été favorisé par un état général défectueux, puisque celui-ci s'améliorait en même temps que le phlegmon se développait.

Très intéressant est le fait que ce phlegmon ligneux se soit développé au cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde et ceci tant au point de vue de l'histoire du phlegmon ligneux que celle des complications de la fièvre typhoïde.

Déjà Saussier, dans sa thèse, s'était posé la question des rapports éventuels possibles entre le développement de certains phlegmons à type phlegmon ligneux et la fièvre typhoïde :

« Que dire maintenant de ces abcès à évolution lente observés dans la convalescence de certaines maladies infectieuses et en particulier de la fièvre typhoïde ?

« Ces phlegmons chroniques peuvent-ils être appelés ligneux ? Nous nous sommes posé cette question après la lecture de l'observation suivante. » :

OBSERVATION V

DOLBEAU, *In thèse Poisson*, Paris 1877, p. 16

Il s'agit d'un homme couché au n° 77 de la salle Saint-Côme, âgé de 31 ans, fort bien constitué. Cet homme n'accuse pas de maladie antérieure, pas de syphilis.

Il y a 3 mois, il eut une fièvre typhoïde parfaitement caractérisée et qui a présenté cette particularité, qu'il a eu plusieurs éruptions successives de taches lenticulaires.

La maladie a été grave : pendant sa durée, le malade s'est plaint souvent d'une douleur dans le bas-ventre ; on a négligé

un peu ce symptôme, car il est habituel de voir les malades atteints de fièvre typhoïde se plaindre de douleurs abdominales.

Plus tard, à l'approche de la convalescence, le malade a pu préciser ses souffrances. Il a attiré l'attention sur un point toujours le même, la partie sus-pubienne de l'abdomen.

A cette époque on a trouvé, au-dessous du pubis, une tumeur globuleuse et médiane, faisant peu relief, mais donnant surtout à la palpation l'idée d'un corps arrondi. Cette tumeur fut prise un instant pour la vessie distendue par l'urine. Le cathétérisme fit raison de cette hypothèse. Il est probable que la tumeur existait déjà depuis six ou sept semaines.

Suivant le malade, la chose aurait débuté brusquement ; une douleur vive, aiguë, aurait apparu au moment où il essayait péniblement de se mettre sur son séant. A ces douleurs aurait succédé un calme relatif. A la période aiguë, caractérisée par des douleurs vives, apparaissant surtout à l'occasion de certains mouvements, a succédé une période chronique s'annonçant par la présence d'une douleur circonscrite au bas-ventre, douleur à la pression, mais peu sensible pendant le decubitus dorsal.

Aujourd'hui cet homme est sans fièvre, se plaint du bas-ventre et, encore, dans des limites très restreintes. Si l'on examine l'abdomen, on lui trouve une forme à peu près normale, sauf une légère tuméfaction de la région sus-pubienne.

La palpation, bien plus que la vue, démontre l'existence d'une tuméfaction. La tumeur est médiane mais occupe de préférence la partie latérale gauche de la ligne blanche. Elle commence à deux travers de doigt de l'ombilic.

A peu près au milieu de l'abdomen, elle dépasse la ligne médiane à droite d'un travers de doigt, à gauche de quatre travers de doigt.

Plus volumineuse qu'une demi-orange elle fait un relief peu sensible à la surface de l'abdomen. On peut difficilement la saisir dans la main ; sa consistance générale est ferme. Elle est uniformément globuleuse, excepté du côté où elle présente des indurations irrégulières. Les téguments ont conservé à son niveau leur coloration et leur souplesse normale.

La palpation ne permet pas de donner des limites précises à la tumeur ; elle est mobile, on peut la déplacer. Pas de prolongement du côté du ventre. Si on fait contracter les muscles droits, la tumeur, loin de disparaître, fait une saillie plus considérable et sa mobilité latérale diminue très notablement.

Incision : issue de quelques cuillères de pus.

Guérison au bout d'une semaine.

C'est bien un abcès à évolution lente, puisqu'il existait au moins depuis six semaines.

De plus, Dolbeau signale cette consistance ferme de la tumeur et ces indurations irrégulières du côté droit. Était-ce là un phlegmon ligneux ? La question est délicate, d'autant plus que les observations de ce genre doivent être bien peu nombreuses.

Il serait à souhaiter que la question s'éclairât un peu et que des observations nouvelles fissent de la lumière sur ce point.

(Thèse de Saussié, Paris 1903).

‘ Nous avons cherché dans la littérature s'il existait d'autres faits analogues.

Seules quelques observations publiées en 1854 par Ulidè dans la *Deutsche Klinik*, doivent être mentionnées ici, car elles semblent avoir par certains côtés quelque rapport avec l'affection qui nous occupe.

Elles ont trait à des phlegmons du cou, dont un des

caractères cliniques les plus saillants aurait été une dureté ligneuse de leur masse.

Faisant alors différentes hypothèses sur leur étiologie, Ulide se demande, étant données les circonstances de leur développement, s'ils ne pourraient pas être considérés comme des métastases du typhus. Rappelons que sous ce vocable on comprenait alors : le typhus exanthématique et la fièvre typhoïde.

Il suffit de lire ces observations pour se convaincre qu'il s'agissait là de phlegmons de diverses natures, presque tous à évolution aiguë, et dont quelques-uns ont abouti à la mort. C'est dire qu'ils n'avaient pas de rapport avec le phlegmon ligneux qui nous occupe.

Ainsi donc, le cas de Saussié et les trois cas que nous apportons aujourd'hui sont les seuls où, jusqu'à présent, la fièvre typhoïde soit signalée comme circonstance étiologique du phlegmon ligneux.

D'autre part, en considérant la question à un point de vue un peu différent, nous n'avons pas vu mentionner le phlegmon ligneux comme complication de la fièvre typhoïde.

Les complications cutanéomusculaires de la fièvre typhoïde que mentionnent les traités classiques sont : les escarres cutanées, les abcès superficiels, les furoncles, les myosites suppurées, l'infection purulente généralisée, des éruptions diverses; mais il n'y est pas question de phlegmon ligneux.

D'autre part, les auteurs qui se sont spécialement occupés des complications suppurées, ne semblent jamais avoir noté, parmi les cas de phlegmons qu'ils rapportent, une forme clinique caractérisée par l'induration de bois,

l'évolution clinique et une terminaison toujours favorable. C'est évidemment que le phlegmon ligneux est une complication rare de la fièvre typhoïde.

Il était donc intéressant de le signaler comme tel, d'abord au point de vue de l'histoire générale de la fièvre typhoïde, et ensuite, comme nous allons le voir, au point de vue de l'étude du phlegmon ligneux.

CHAPITRE IV

Essai d'interprétation du Phlegmon ligneux au cours de la Fièvre typhoïde

C'est la modalité suivant laquelle réagissent les tissus irrités qui donnent au phlegmon ligneux son caractère particulier.

Lorsqu'on incise la masse avant qu'elle soit arrivée à la suppuration, le tissu présente un aspect lardacé et laisse écouler un liquide séreux ou sanguinolent. » (SAUSSIÉ.) C'est bien cet aspect qu'a permis de constater l'incision pratiquée chez un de nos malades.

Le seul examen histologique qui ait été fait est dû à Van Stokum. Il montre qu'il existait « une prolifération de fibres conjonctives séparées par des lits de cellules, les unes volumineuses et d'apparence fusiforme. Les fibres musculaires étaient en état de dégénérescence hyaline et les vaisseaux sanguins montraient une paroi épaissie avec multiplication des cellules de leur endothélium. »

On a supposé, étant donnée la fréquence au cou du

phlegmon ligneux, que la présence de nombreux plans aponévrotiques en favorisait le développement.

C'est possible; en tous cas, il n'y a pas là une condition nécessaire.

Alors, pourquoi ce type d'inflammation si particulier ?
On a essayé de l'expliquer par l'étiologie.

En abordant l'étude de l'étiologie du phlegmon ligneux, Reclus se proposait surtout de résoudre les questions suivantes, qui peuvent avoir un intérêt thérapeutique immédiat :

Cette affection n'est-elle qu'une forme clinique non encore décrite d'une infection déjà connue ?

Ou bien est-elle le fait d'un microbe spécifique ?

Les examens bactériologiques pratiqués dans les différents cas de phlegmons ligneux ont donné les résultats les plus divers.

Van Stokhum avait prétendu que le phlegmon ligneux avait son microbe spécifique, un bacille pseudo-diphtérique. Cela paraît actuellement loin d'être démontré.

« Il semble, dit Marsoo, que cette prolifération du tissu fibreux ne soit pas due à l'existence d'un microbe spécifique, quoi qu'en dise Van Stekum, d'après lequel la présence du bacille pseudo-diphtérique serait constante, les autres microbes provenant d'infections secondaires. »

De fait, ce bacille pseudo-diphtérique a été retrouvé dans un cas de Reclus, mais ailleurs ce sont des diplocoques qui lui ont semblé jouer un rôle important. Kousnetzoff a trouvé du streptocoque. Krause quelques cocci dans un cas; dans l'autre ses résultats sont négatifs.

En ce qui concerne nos observations, l'examen bactério-

logique n'a été pratiqué qu'une fois, et c'est du staphylocoque qui a été trouvé, à l'exclusion du bacille d'Eberth.

Nous n'avons eu aucun renseignement sur la virulence de ces staphylocoques.

C'est un fait banal que de trouver les microbes habituels de la suppuration dans les foyers inflammatoires se développant au cours de la fièvre typhoïde.

On s'est généralement demandé, en constatant la présence de ces microbes, par où ils avaient pénétré. Les différents auteurs ont toujours eu une tendance à chercher cette porte d'entrée dans une brèche de l'organisme, et l'on a parlé des ulcérations des plaques de Peyer, des escarres, furoncles et autres lésions muqueuses ou cutanées.

Evidemment, toute lésion du tégument externe ou interne, qui ouvre les voies lymphatiques, crée une porte d'entrée possible aux microbes de la suppuration qui sont si abondamment répandus.

Mais est-il bien nécessaire d'admettre cette lésion cutanée ou muqueuse qu'on suppose toujours, mais qu'on est loin de toujours retrouver ?

Dans le troisième cas que nous rapportons, il n'y avait pas de lésion cutanée préalable à la plaque d'induration.

D'autre part, le phlegmon ligneux débuta au moment de la convalescence, c'est-à-dire à une époque où les ulcérations intestinales sont généralement cicatrisées.

Ne pourrait-on pas admettre que les microbes ont été alors absorbés par le tube digestif dans le milieu intestinal, au même titre que les particules alimentaires, la graisse en particulier ?

Et si l'on objectait à cette hypothèse le rôle d'arrêt des

ganglions lymphatiques vis-à-vis des éléments microbiens, nous ferions remarquer que ce rôle d'arrêt n'est pas aussi absolu qu'il a semblé pendant longtemps, comme paraissent l'avoir démontré les expériences entreprises à propos de la question des voies de pénétration du bacille de la tuberculose dans l'organisme.

D'ailleurs, lors de la fièvre typhoïde, les ganglions mésentériques qui sont en jeu présentent toujours des lésions qui ont fait l'objet d'études importantes.

Si donc il peut y avoir jamais pénétration des microbes dans le torrent circulatoire par l'intermédiaire de la voie lymphatique intestinale, qui sert normalement à l'absorption alimentaire, il semble que les conditions soient ou ne peut plus favorables au moment de la convalescence d'une fièvre typhoïde.

Nous ne nous dissimulons pas combien cette hypothèse est fragile et demanderait à être contrôlée par des recherches histologiques et expérimentales. Si nous l'indiquons, c'est qu'elle nous a semblé s'adapter aux faits que nous avons observés chez notre malade.

Il est une autre remarque que nous croyons devoir faire à propos de la localisation des trois phlegmons ligneux que nous avons observés.

Tous trois se sont développés dans la région des adducteurs.

Or, nous savons que cette région est un siège d'élection pour les altérations granuleuse et cireuse des muscles qui se produisent au cours de la fièvre typhoïde.

Zenker dit en effet : « Les points de prédilection de la dégénérescence sont, d'après les recherches que j'ai faites jusqu'à ce jour, en première ligne les adducteurs des

cuisses et quelques muscles voisins, en seconde ligne les grands droits de l'abdomen et les pyramidaux. Ce sont les droits de l'abdomen qui avaient surtout fixé l'attention, en raison de la fréquence avec laquelle on observe les hémorragies consécutives, mais ils ne viennent qu'après les adducteurs cruraux sous le rapport de la dégénérescence elle-même. »

Ne pourrait-on pas alors reconstituer l'histoire de ces phlegmons ligneux de la façon suivante : à la suite de la fièvre typhoïde, dégénérescence des fibres musculaires en un point quelconque des adducteurs; création en ce point d'un foyer d'appel pour des microbes circulant à certains moments dans le sang, suivant le mécanisme que nous avons indiqué plus haut, par exemple; formation d'un nodule infectieux et propagation de l'inflammation au tissu cellulaire où elle prend la forme de phlegmon ligneux, peut-être à cause de la faible virulence des microbes en jeu.

A l'appui de cette hypothèse, on peut remarquer que, dans les différentes observations publiées jusqu'à ce jour, le phlegmon ligneux s'est développé presque toujours secondairement.

La région où il apparaît avait été le siège tantôt d'une inflammation aiguë qui était passée à l'état plus ou moins subaigu, tantôt d'une inflammation chronique d'emblée.

Chez un malade de Reclus, par exemple, le phlegmon s'était développé autour d'un ganglion apparu quatre ans auparavant dans la région sous-maxillaire.

C'est là un point qui ne semble pas avoir été toujours assez mis en évidence.

Il devient intéressant pour nous, si nous le rapprochons du fait cité par Quénu où le phlegmon ligneux a été pro-

voqué pour ainsi dire dans des conditions expérimentales, puisqu'il s'est développé autour du point d'inoculation chez un malade à qui l'on faisait des injections répétées de sérum antistreptococcique.

On peut se demander si le fait de la répétition des inoculations d'une substance faiblement irritante ne serait pas une des conditions propres à favoriser le développement de processus inflammatoires à type phlegmon ligneux.

Et puisque, comme nous l'avons vu, il y a souvent dans la région où il se développe un tissu qui est le siège d'une infection plus ou moins chronique, ne pourrait-on penser que ce foyer déverse de temps à autre des substances irritantes dans le tissu avoisinant, soit par le mécanisme de l'effraction, soit par l'intermédiaire du système lymphatique ?

Quoi qu'il en soit, il nous semble tout à fait rationnel de penser que la localisation du phlegmon ligneux, dans les cas que nous avons observés, est en rapport avec la présence d'un foyer de dégénérescence musculaire sous-jacent : si cette dégénérescence n'était accompagnée d'aucun signe clinique spécial, c'est que les signes cliniques qui l'accompagnent sont moins l'expression de la dégénérescence elle-même que de ses complications, hémorragie ou abcès.

Ce foyer aurait déterminé secondairement une réaction inflammatoire spéciale du tissu cellulaire, un phlegmon ligneux, qui aurait alors évolué pour son propre compte.

CHAPITRE V

Pronostic et Traitement

Le pronostic de phlegmon ligneux est bénin dans la majorité des cas. Nos trois observations montrent qu'il en est de même quand il s'est développé au cours de la convalescence de la fièvre typhoïde. Son plus gros inconvénient alors, c'est de retarder le moment où le malade pourra reprendre ses occupations; car il n'entrave en rien la convalescence. Le traitement doit donc surtout viser à raccourcir la durée de la maladie car, abandonnée à elle-même, ou plutôt traitée médicalement, l'affection finit toujours par guérir.

Et cependant un chirurgien allemand, Langenbùch, ne craint pas de proposer un traitement intensif du phlegmon ligneux. « Comme traitement, je ne peux que recommander les incisions multiples combinées éventuellement avec l'extirpation jusqu'au tissu sain des grosses masses infiltrées. »

On croit rêver devant une telle débauche de violence à

propos d'une affection qui tend spontanément à la guérison. A quoi bon alors tous les efforts de Reclus pour la distinguer d'un néoplasme ?

C'est un cas, ajouté à tant d'autres, de *furor teutonicus*.

En France, on s'est toujours borné à inciser les abcès quand ils se forment et au besoin à les drainer s'ils ne se vident pas bien. On a utilisé aussi les tranchées au thermocautère, mais cela dans les cas particulièrement rebelles.

La plupart du temps c'est bien plutôt au traitement médical qu'on a eu recours : la révulsion sous forme de pointes de feu, les pansements humides, des applications chaudes donnent de très bons résultats.

Il est évidemment impossible de tirer des conclusions formelles de nos observations. Bornons-nous cependant à constater que le malade chez qui un chirurgien pratiqua une incision guérit plus vite que les autres. Cependant le repos, de simples cataplasmes et un massage léger suffisent habituellement à favoriser la révolution des phlegmons ligneux qui se développent au cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde. Si l'on songeait cependant à des incisions, il faudrait ne pas perdre de vue que la fièvre typhoïde entraîne parfois à des troubles de la coagulation sanguine.

Si l'analyse bactériologique démontrait la présence de bacilles pseudo-diphtériques, on serait autorisé à recourir au sérum de Roux.

Conclusions

1° Au cours de la convalescence de la fièvre typhoïde il peut se développer, au niveau des membres inférieurs, une inflammation du tissu cellulaire sous-cutané dont les caractères cliniques et l'évolution sont ceux du phlegmon ligneux;

2° Ce rapport entre le phlegmon ligneux et la fièvre typhoïde avait été signalé comme possible par Saussié. L'observation qu'il cite et celles que nous apportons aujourd'hui sont les seules publiées jusqu'à ce jour, du moins à notre connaissance, où l'on voit un phlegmon ligneux se développer pendant la convalescence de la fièvre typhoïde;

3° Les difficultés du diagnostic dans le cas d'un phlegmon ligneux qui survient au cours de la convalescence de la fièvre typhoïde sont différentes de celles qu'on rencontre quand il s'agit du phlegmon ligneux du cou;

4° La localisation du phlegmon ligneux survenant secondairement à une fièvre typhoïde tendrait à prouver qu'il se développe secondairement à une dégénérescence musculaire sous-jacente;

5° Le pronostic en est bénin : le phlegmon retarde seulement le moment où le malade peut être considéré comme définitivement guéri. Si l'incision de la masse indurée a paru hâter parfois l'évolution du phlegmon ligneux, il semble *a priori* peut-être plus prudent de n'employer chez un convalescent de fièvre typhoïde qu'un traitement médical antiphlogistique.

VU :

Nancy, le 21 Mai 1915.

Le Président de la Thèse :

PIERRE PARISOT.

VU :

Nancy, le 22 Mai 1915.

Le Doyen :

E. MEYER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Nancy, le 23 Mai 1915.

Le Recteur de l'Académie :

CH. ADAM,

Membre de l'Institut

Bibliographie

- UKDE. — Brandige Zellgewebs Verhärtung am Halse, in *Deutsche Klinik*, 1854, p. 44, 65, 76.
- BAROT. — Etude clinique sur deux variétés d'abcès musculaires dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1876.
- ZENKER. — Sur les altérations volontaires des muscles dans la fièvre typhoïde (traduction), in *Archives générales de médecine*, 1865, vol. II, p. 143 et 270.
- POISSON. — Contribution à l'étude des phlegmons de la paroi abdominale antérieure. Thèse de Paris, 1877.
- LE DENTU. — Phlegmons chroniques de cause mal déterminée, in *Dictionnaire de Jaccoud*, 1879. (*Nouveau Dictionnaire de Médecine et Chirurgie pratiques*, T. XXVII, p. 146.)
- MARQUET. — Recherches expérimentales sur le processus inflammatoire dans les muscles. Thèse de Nancy, 1879.
- DUPONT. — Contribution à l'étude des abcès multiples survenus dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Thèse de Nancy, 1881.
- KIRMISSON. — Phlegmon. Article du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, 1887.
- SUARD. — Contribution à l'étude de la myosite aiguë suppurée. Thèse de Bordeaux, 1887.
- MICHON. — Contribution à l'étude des suppurations dans la fièvre typhoïde. Thèse de Lyon, 1890.
- RECLUS. — Des phlegmons ligneux de la région cervicale. *Gazette des Hôpitaux*, 1893, p. 833-835.

- Phlegmon ligneux du cou. *Revue de Chirurgie*, 1896, XVI, p. 522-531.
- SOMEIL. — Abscess musculaires. Thèse de Paris, 1894.
- BATSÈRE. — Du phlegmon ligneux du cou. Thèse de Paris, 1895.
- CHANTEMESSE. — La fièvre typhoïde, in *Traité de Médecine* Charcot-Bouchard, Tome II, 1895.
- CATRIN. — Abscess et phlegmons post-typhoïdiques, in *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1896, fasc. 43.
- SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Discussion (27 mars 1896), in *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*.
- CAYET. — De la myosite aiguë. Thèse de Paris, 1898.
- VAN STOKUM. — 13^e Congrès français de Chirurgie, Paris, 1899, p. 618-621.
- Sur le phlegmon ligneux. *Revue de Chirurgie*, 1899, n^o 11, page 562.
- KUSNETZOFF. — *Centralblatt für Chirurgie*, 1899, p. 830.
- *Langenbeck's Archiv.*, Band LVIII, Heft 3.
- MÜHSAM. — *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, 1901, n^o 5.
- Freie Vereinigung der Chirurgen Berlin's. — Diskussion : « Ueber Holzphlegmone », in *Vereinsbeilage der Deutsche Medicinische Wochenschrift*, 1901, p. 68.
- MARSOO. — Du phlegmon ligneux. Thèse de Paris, 1901.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Le phlegmon ligneux, in *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1902, 7^e cahier, Tome LXXIII.
- KOUYOUMDJAN. — Thèse de Paris, 1903.
- MARION. — Le phlegmon ligneux du cou, in *Archives générales de Médecine*, 1903, p. 217-225.
- SAUSSIÉ. — Contribution à l'étude des phlegmons de la paroi abdominale. Thèse de Paris, 1903.
- MERKEL. — Zur Kenntniss der sogenannten Holzphlegmon, in *Centralblatt für Chirurgie*, 1904, p. 1377.
- SCHMINCKE. — Mitteilung eines sogenannten Holzphlegmone, in *Münchener Medicinische Wochenschrift*, 1904, p. 634.

- Zur Frage der Holzphlegmone. Eine Erwiderung, in *Centralblatt für Chirurgie*, 1905, p. 5-7.
- SICK. — Die Holzphlegmone, in *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1905, p. 317.
- FICHTNER. — Ueber leichte Formen der Holzphlegmone in *Münchener medicinische Wochenschrift*, 1905, p. 52.
- LEJARS. — Le phlegmon ligneux. *La Semaine Médicale*, 1905, numéro 5.
- VON BENNINGHAUSEN. — Ein Fall von Holzphlegmone, *Deutsche Med. Wochenschrift*, 1906, p. 350.
- DELBET (P.) et CHEVASSU. — Phlegmons chroniques et ligneux. Article du *Nouveau Traité de Chirurgie Le Dentu et Delbet*, T. I, 1907.
- BROUARDEL et THOMOT. — La fièvre typhoïde. Article du *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique*, T. III, 1909.
- WIDAL, BESANÇON et LABBÉ. — Maladies des veines et des lymphatiques. Article du *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique*, T. XXV, 1911.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	1
INTRODUCTION	3
CHAPITRE PREMIER	
Le phlegmon ligneux	7
OBSERVATIONS	12
CHAPITRE II	
Diagnostic	23
CHAPITRE III	
Phlegmon ligneux et fièvre typhoïde	36
CHAPITRE IV	
Essai d'interprétation du phlegmon ligneux au cours de la fièvre typhoïde	43
CHAPITRE V	
Pronostic et Traitement	49
CONCLUSIONS	51
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	53

Imprimerie Lorraine
RIGOT et Cie, Nancy.
